

Prevención secundaria de la depresión en atención primaria

Sara González González, Concepción Fernández Rodríguez, Jorge Pérez Rodríguez e Isaac Amigo
Universidad de Oviedo

En este estudio se analizaron la eficacia, efectividad y eficiencia en relación a la prevención secundaria de la depresión de tres intervenciones: terapia cognitivo-conductual, potenciación de recursos personales (atención selectiva a habilidades, sin entrenamiento) y apoyo social. La muestra fue de 60 sujetos con síntomas depresivos moderados, que se asignaron aleatoriamente a los tratamientos o a un grupo control (lista de espera). Las intervenciones se llevaron a cabo en Centros de Atención Primaria en formato grupal. Se midieron variables psicopatológicas, de calidad de vida y de asistencia a recursos especializados de salud mental en el pretest, el posttest y dos seguimientos (6 y 12 meses). Resultados: la terapia cognitivoconductual y la potenciación de recursos son más eficaces, efectivas y eficientes que el apoyo social, y éste más que la lista de espera.

Depression secondary prevention in primary care. In order to analyse efficacy, effectiveness and efficiency of several depression secondary prevention programs, three group interventions were developed in Primary Care Centres: cognitive-behavioral therapy, promotion of one's coping resources therapy (just paying attention to abilities, without training) and social support. The sample was composed by 60 people with from-mild-to-moderate depressive symptoms, who were randomly assigned either to any of the treatments or to a control group (waiting list). Psychopathology, quality of life and attendance to mental health services variables were assessed at pretest, posttest and two follow-up evaluations, 6 and 12 months afterwards. Outcomes: both therapies had more efficacy, effectiveness and efficiency compared to the social support group, and this one was better than the waiting list.

La depresión es uno de los problemas sanitarios más acuciantes de la sociedad occidental. Los síntomas psicopatológicos más frecuentes son los depresivos. Asimismo, los trastornos depresivos son la tercera psicopatología más común, con una prevalencia vital entre el 2 y el 25%, tanto en Estados Unidos como en España (Ayuso-Mateos et al, 2001; Kaplan y Sadock, 1999). Estos problemas colapsan los Centros de Atención Primaria y los Centros de Salud Mental españoles. Entre un 15 y un 40% de los pacientes de los Centros de Atención Primaria presentan trastornos psicológicos, y un 25% de ellos depresión (Bernardo, 2000).

Los trastornos depresivos cursan habitualmente con recaídas, cronificación y repercusiones graves, entre ellas el suicidio. Entre un 40 y un 85% de las personas con depresión mayor presentan alguna recaída durante la vida. De las personas que cometen suicidio, entre un 50 y un 70% tenían historia de algún trastorno depresivo (Coon y Thompson, 2003; González, Ramos, Caballero, y Wagner, 2003; Emslie, Mayes, Laptook y Batt, 2003; Merrill, Tolbert y Wade, 2003).

Si bien existen teorías explicativas dispares para la depresión, se asume aquí que esta psicopatología se deriva, en gran medida, de la carencia y/o inadecuación de las estrategias de las personas

para hacer frente a los problemas de la vida. La proliferación de abordajes psicoterapéuticos para tratar la depresión es abrumadora, pero no todos están suficientemente avalados con estudios científicos. Tras una revisión exhaustiva, se puede concluir que las psicoterapias que mejor han probado su eficacia para la depresión son la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la interpersonal y que el formato grupal es tanto o más eficaz que el individual, aunque es más efectivo y eficiente. En relación a los grupos de apoyo social no puede concluirse si son iguales o inferiores a las psicoterapias anteriores (Jacobson y Hollon, 1996; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Pérez y García, 2003; Shapiro, Barkham, Rees, Hardy, Reynolds y Startup, 1994; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995).

Por otra parte, los elementos terapéuticos específicos de los tratamientos es un asunto no definitivamente resuelto en tanto que las variables a las que van dirigidos no parecen cambiar más específicamente que otras a las que inicialmente no se encaminan. Se diría que es preferible elegir las intervenciones no tanto en función de los déficit o problemas que presente el sujeto, sino más bien en función de las potencialidades y los recursos que ya posee (Vallejo, 1998). En definitiva, parecen necesarios más estudios para indagar qué variables de la persona, del contexto y los tratamientos pueden mostrar un valor predictor de la eficacia de los tratamientos.

La presencia de programas preventivos es escasa en atención primaria. No obstante, la mayoría de los servicios sanitarios públicos de los países occidentales han asumido como eje primordial de su trabajo el modelo de salud mental comunitaria, uno de cuyos pilares es la prevención. Los estudios de prevención secundaria de la depresión presentan resultados positivos con adolescentes

(Beardslee, Gladstone, Wright y Cooper, 2003; Kataoka et al, 2003), con mujeres, especialmente en el puerperio y el climaterio (Howard, Hoffbrand, Henshaw, Boath y Bradley, 2003) y con ancianos (Cohen, 2002). Las intervenciones son similares a las que se utilizan en los tratamientos «curativos» y mayoritariamente cognitivo-conductuales, de forma que aquello que funciona para recuperarse de una depresión parece funcionar en la misma medida para prevenir su empeoramiento y las recaídas (Benedito, Carrió, del Valle y Domingo, 2005). No obstante, la norma, al menos en España, en el abordaje de depresiones menores son breves consultas de atención primaria basadas en los antidepresivos.

El objetivo de la presente investigación ha sido analizar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de tres intervenciones aplicadas en grupo por un psicólogo en Centros de Atención Primaria: (a) terapia cognitivo-conductual (TCC); (b) potenciación de recursos personales (PRP), y (c) apoyo social (AS). Estas intervenciones se han comparado entre sí y con un grupo control en lista de espera (LE) en relación a la prevención del agravamiento, las recaídas y la asistencia a centros especializados de salud mental de personas con síntomas depresivos moderados. La elección de la TCC y AS viene avalada por la utilidad que estos procedimientos han mostrado en la literatura científica; por lo demás, su aplicación se ajustó a las especificaciones que caracterizan estas intervenciones para el tratamiento de los comportamientos depresivos. La intervención PRP surge del interés en estudiar por separado la potenciación de habilidades ya adquiridas por el sujeto frente a la instrucción y entrenamiento de habilidades nuevas, así se diseñó para proporcionar atención selectiva a los recursos de afrontamiento del sujeto sin instruir y/o entrenar de manera específica nuevas competencias.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 60 usuarios de Centros de Atención Primaria de los municipios de Oviedo y Aller (Asturias, España). Los criterios de inclusión fueron: (a) edad entre 25 y 55 años; (b) presencia mantenida de síntomas del espectro depresivo en grado moderado e inusual para la persona; (c) motivación para el cambio expresada por el sujeto y consentimiento informado (ante el médico de familia y ante el psicólogo). Los criterios de exclusión fueron: (a) estar sometido a algún tratamiento especializado de salud mental o presentar criterios para su derivación inmediata al Centro de Salud Mental; (b) cumplir todos los criterios de un diagnóstico depresivo del DSM-IV; y (c) presentar una alteración significativa en el funcionamiento sociolaboral.

Los sujetos experimentales fueron primero preseleccionados por el médico de atención primaria en sus consultas ordinarias en el Centro de Salud durante tres meses, y luego seleccionados por un psicólogo clínico en entrevistas individuales en el mismo Centro. Así, de las 80 personas que los médicos preseleccionaron según los criterios expuestos más arriba, tras las entrevistas con el psicólogo, en las que se volvía a examinar el cumplimiento de los mismos criterios, finalmente quedaron seleccionadas 60. Después este mismo psicólogo procedió a realizar con ellas la evaluación pretest y la asignación aleatoria a los cuatro grupos experimentales.

Los profesionales que intervinieron en el estudio fueron: (a) los médicos de familia que preseleccionaron la muestra; (b) el psicólogo clínico, que realizó las evaluaciones y fue el terapeuta del

grupo de psicoterapia cognitivoconductual (TCC) y del grupo de potenciación de recursos personales (PRP); y (c) un psicólogo con experiencia en dinamización de grupos de autoayuda, que fue el terapeuta del grupo de apoyo social (AS).

Materiales

En las cuatro evaluaciones de los sujetos experimentales (pretest, posttest, seguimientos a los 6 y a los 12 meses) se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Protocolo de entrevista* elaborado ad hoc. En este protocolo se incluyó la Escala de Ajuste Social (SRRS) de Holmes y Rahe (1967), en la que una mayor puntuación indica la ocurrencia de un mayor número de eventos vitales negativos sufridos el sujeto.
- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Las puntuaciones más altas informarían de mayor grado de depresión. El BDI alcanza una fiabilidad test-retest de 0.70, una fiabilidad dos mitades de 0.93 y una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.87; su validez concurrente con las escalas de Hamilton y Zung o con los juicios de expertos oscila entre 0.50 y 0.80 (Bulbena, Berrios y de Larrinoa, 2000).
- *Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)* (Ruiz y Baca, 1993). Con este instrumento una mayor puntuación sugiere un mayor grado de calidad de vida. Los autores de este cuestionario relatan una fiabilidad test-retest cercana a 0.97, una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.94 y una validez concurrente con las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton cercana a 0.74 (Ruiz y Baca, 1993).
- *Inventario de la Tríada Cognitiva (ITC)* (Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986). A mayor puntuación obtenida, menor presencia de cogniciones negativas. Los autores de este cuestionario hallaron una consistencia interna de alfa= 0.95, una moderada validez discriminante (0.13) y una validez concurrente de 0.67 respecto a otros autoinformes de autoestima y desesperanza, incluido el BDI (Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986).
- *Escala de Expresión Social-Parte Motora (EES)* (Caballo, 1993). Una puntuación más alta en este cuestionario indica una mayor competencia social del sujeto. El autor encontró para este test una fiabilidad test-retest de 0.92, una consistencia interna similar y una validez concurrente de 0.87 respecto a la Escala de Autoexpresión Universitaria de Galassi, DeLo, Galassi y Bastien (Caballo, 1993).
- *Autorregistro de actividades y estado de ánimo* puntuado de 0 (triste) a 10 (feliz) durante 7 días, elaborado ad hoc (AAE).

Además, se utilizó:

- Un *protocolo de intervención* para cada uno de los grupos del estudio.
- *Autorregistros de actividades, pensamientos y problemas cotidianos* para las sesiones del grupo TCC.
- *Lista de Actividades Agradables de Lewinsohn* y listado de recursos comunitarios elaborado ad hoc para la segunda sesión del grupo TCC.

Se confeccionaron los siguientes materiales para los médicos de familia:

- Un documento informativo sobre el estudio.
- Una ficha con los criterios de inclusión y exclusión detallados para guiar la preselección.
- Informes periódicos sobre cada paciente.

Variables

Se tomó como variable independiente (VI) el tipo de tratamiento al que fue asignado el sujeto: TCC, PRP, AS o LE (grupo control).

Para valorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los distintos tratamientos se seleccionaron diversas variables criterio (VCR), las cuales aparecerán detalladas en el apartado de *Resultados*.

Se consideraron distintas variables de control (VCO), tales como: (a) las puntuaciones pretest en el Inventario para la Depresión de Beck (BDI), el Cuestionario de Calidad de Vida (CCV), el Inventario de la Tríada Cognitiva (ITC) y la Escala de Expresión Social-Parte Motora (EES) y las puntuaciones pretest en el autorregistro de actividades y estado de ánimo (AAE); (b) adecuación social y motivación para el cambio, expresadas por el sujeto en la evaluación pretest; (c) eventos vitales y desencadenantes, referidos por el sujeto en cada una de las cuatro evaluaciones; (d) características sociodemográficas, salud física y apoyo social percibido; (e) síntomas depresivos y no depresivos; (f) antecedentes de psicopatología, antecedentes de tratamientos de salud mental y antigüedad del problema por el que se es derivado al estudio. Estos tres últimos tipos de variables eran referidos por el sujeto en la entrevista pretest.

Procedimiento

En un primer momento un psicólogo clínico organizó una charla informativa con los médicos de cada Centro de Atención Primaria. Concluida la preselección de los participantes por parte de los médicos el psicólogo realizó la selección definitiva de los sujetos conforme a los procedimientos de evaluación y criterios de selección antes descritos.

La muestra final se compuso de 60 sujetos. Una vez asignados aleatoriamente a los tratamientos, se realizaron las tres intervenciones experimentales: cada una constaba de seis sesiones semanales de una hora, en los tres Centros de Atención Primaria, en las que participaban el terapeuta y el grupo de sujetos correspondiente. Cabe señalar que en todas las condiciones de tratamiento se abordaban los mismos objetivos terapéuticos, el manejo de los problemas de la vida. Ahora bien, cada intervención se diferenciaba del resto en los procedimientos y técnicas terapéuticas empleadas para este abordaje. Así y en todos los grupos, las sesiones se orientaban al afrontamiento de los siguientes problemas:

- Sesión 1: la ocupación y la distribución del tiempo.
- Sesión 2: los pensamientos negativos.
- Sesión 3: los problemas de tipo decisonal.
- Sesión 4: los problemas relacionados con la comunicación interpersonal.
- Sesión 5: los problemas familiares.
- Sesión 6: los problemas de pareja.

En el grupo de TCC la intervención se desarrolló conforme al formato y la aplicación de las técnicas características de la terapia cognitiva para la depresión de Beck (1983).

En el grupo PRP se trató de fomentar y generalizar el uso de las propias estrategias eficaces de afrontamiento de los problemas que los sujetos ya tienen incorporadas en sus repertorios de conducta, sin instruirles y/o entrenarles específicamente en estrategias nuevas. Así, el terapeuta solicitaba a los participantes cómo abordaban los diferentes problemas que se planteaban en cada sesión (qué y cómo hacían y qué utilidad observaban) y atendía selectivamente aquellas manifestaciones más adecuadas conforme a las que se aproximaban más a las postuladas por el modelo cognitivo-conductual (por ejemplo, «intentar distraerse con algo que requiera concentración» se consideraría adaptativo para afrontar el exceso de pensamientos negativos recurrentes, por el contrario, «intentar poner más fuerza de voluntad» se consideraría desadaptativo para afrontar la abulia).

En el grupo AS el terapeuta dirigía los debates sobre esos mismos problemas, sin atender selectivamente a las formas de afrontamiento manifestadas, promoviendo simplemente el intercambio de experiencias entre los participantes.

En el cuadro 1 se detallan los contenidos de los tratamientos. Una especificación más detallada de los procedimientos puede consultarse en González (2004).

En todos los grupos experimentales los terapeutas medían variables referidas a asistencia y cumplimiento de objetivos durante las sesiones.

Tras las intervenciones experimentales, el psicólogo clínico realizó a toda la muestra la evaluación posttest, la cual consistió en una entrevista individual en el Centro de Salud y en la administración de los tests BDI, CCV, ITC y EES, así como del AAE. De los 60 sujetos que habían conformado la muestra inicial, 58 cumplieron el posttest.

Finalmente, el psicólogo clínico realizó a todos los sujetos dos evaluaciones de seguimiento, una a los 6 meses y otra a los 12 meses después de terminar los grupos experimentales: cada una consistió igualmente en una entrevista individual en el Centro de Salud y en la administración de los mismos instrumentos que en el posttest. De los 58 sujetos que cumplieron el posttest, 46 acudieron al primer seguimiento y, de éstos, 29 acudieron al segundo seguimiento. En el primer seguimiento se ofreció a los sujetos de la lista de espera (LE) la participación en una psicoterapia en el Centro de Salud idéntica a la del grupo TCC.

A lo largo de todo el estudio, el psicólogo enviaba a los médicos informes periódicos sobre la evolución de sus pacientes.

Diseño y análisis de datos

Se realizó un análisis cuantitativo de las variables referidas a los sujetos, que constó de los siguientes cálculos: (a) distribuciones de frecuencias y estadísticos descriptivos para la muestra en conjunto y dividida por grupos de tratamiento; (b) comparación intergrupar mediante ANOVA, Kruskal-Wallis y correlaciones χ^2 de las variables de control (VCO); y (c) comparación intergrupar y entre los cuatro momentos de medida mediante ANOVA, Kruskal-Wallis, correlaciones χ^2 y pruebas T de las variables criterio (VCR). Se usó una $p < 0.01$, .05 o .10, según los casos.

Resultados

Las características de la muestra (VCO del pretest) fueron muy heterogéneas, salvo el sexo, el médico derivante y la salud

física. Así, el sujeto experimental medio es una mujer de 39.47 años, nivel socioeconómico medio y estudios secundarios, trabajadora en activo; casada, vive con una media de 2.27 personas y, aunque percibe que su apoyo social es bueno, ha sufrido en los últimos 3 años algún evento vital doloroso relacionado con el ámbito interpersonal y/o laboral; tiene buena salud física y anteriormente no había presentado nunca problemas psicológicos ni había recibido tratamientos de este tipo; en el pretest presenta diversos síntomas depresivos, no mezclados con otros síntomas no depresivos, que lleva sufriendo durante los últimos 12.52 meses; obtiene en el BDI 23.81 puntos; por este motivo consultó a un profesional, el médico de familia, por primera vez hace 7.93 meses, quien desde entonces le receta benzodiacepinas y antidepresivos. La comparación intergrupar de las VCO no ofreció ninguna diferencia significativa, luego su distribución fue homogénea.

En el cuadro 2 se exponen los resultados de la comparación intergrupar de las VCR medidas en el postest y en ambos seguimientos. En el cuadro 3 se exponen los datos estadísticos de esos resultados. En ambos cuadros puede observarse que el grupo de lista de espera (LE) ofrece peores resultados que los otros tres grupos en la mayoría de las variables y momentos de medida. Además, el grupo de apoyo social (AS) se equipara a las dos psicoterapias en variables como el BDI, el CCV o el ITC, pero ofrece

resultados peores que éstas en variables como la satisfacción percibida, la participación en las sesiones o la práctica de las estrategias aprendidas. Los resultados del AS son mejores que los de la lista de espera, especialmente cuanto más tarde se produce la medida (a los 6 y a los 12 meses). Estas afirmaciones no se cumplen en el caso de: (a) las habilidades sociales (EES); (b) el cumplimiento de objetivos inmediatos; y (c) la ocupación laboral del sujeto, el consumo de psicofármacos y el incremento en la actividad en cualquier momento de medida.

En el cuadro 4 se muestran los datos estadísticos de los resultados de la comparación de las VCR medidas en las cuatro evaluaciones para cada grupo. Puede observarse que para el grupo de psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) hubo cambios positivos en prácticamente todas las variables (salvo las habilidades sociales) en el postest respecto al pretest, cambios que además se mantuvieron, o incluso mejoraron aún más, en ambos seguimientos. Lo mismo puede decirse del grupo de potenciación de recursos personales (PRP). Para el grupo AS hubo también cambios positivos en prácticamente todas las variables del postest respecto al pretest, pero los niveles tanto de las cogniciones negativas como de la calidad de vida no se mantuvieron en ambos seguimientos, sino que volvieron a los niveles del pretest. Finalmente, para el grupo LE no se lograron cambios positivos en prácticamente ninguna variable a lo largo del tiempo.

Cuadro 1 Contenidos de las sesiones de los grupos experimentales			
Sesión	Psicoterapia cognitivo-conductual	Potenciación de recursos personales	Apoyo social
1ª	Bienvenida. Presentaciones. Explicación de las normas del grupo. Recolección de expectativas. Información sobre la depresión y los tratamientos existentes. Exposición del plan de las sesiones. Tareas para casa (PCC: autorregistro de actividades; PRP: observación informal de actividades). Preguntas y aclaraciones. Despedida		
2ª	Repaso. Tareas para casa. Programación de actividades reforzantes. Uso de recursos comunitarios. Tareas para casa (practicar, autorregistro de actividades planeadas).	Repaso. Tareas para casa. Atención selectiva a las habilidades para afrontar la ocupación del tiempo mediante actividades. Tareas para casa (practicar, observación informal de cómo se ocupa el tiempo).	Repaso. Comentarios sobre cómo les ha ido la semana. Debate sobre la ocupación del tiempo mediante actividades.
3ª	Repaso. Tareas para casa. Entrenamiento en modificación cognitiva. Tareas para casa (practicar, autorregistro de pensamientos).	Repaso. Tareas para casa. Atención selectiva a las habilidades para afrontar los pensamientos negativos. Tareas para casa (practicar, observación informal de pensamientos).	Repaso. Comentarios sobre cómo les ha ido la semana. Debate sobre pensamientos negativos.
4ª	Repaso. Tareas para casa. Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad). Entrenamiento en resolución de problemas. Tareas para casa (practicar, autorregistro de problemas).	Repaso. Tareas para casa. Atención selectiva a las habilidades para afrontar problemas de comunicación interpersonal. Atención selectiva a las habilidades para afrontar problemas de tipo decisional. Tareas para casa (practicar, observación informal de problemas).	Repaso. Comentarios sobre cómo les ha ido la semana. Debate sobre problemas de comunicación interpersonal. Debate sobre problemas de tipo decisional.
5ª	Repaso. Tareas para casa. Entrenamiento en la aplicación de las técnicas anteriores a problemas familiares. Entrenamiento en la aplicación de las técnicas anteriores a problemas de pareja. Tareas para casa (practicar, autorregistro de problemas familiares / de pareja).	Repaso. Tareas para casa. Atención selectiva a las habilidades para afrontar problemas familiares. Atención selectiva a las habilidades para afrontar problemas de pareja. Tareas para casa (practicar, observación informal de problemas familiares / de pareja).	Repaso. Comentarios sobre cómo les ha ido la semana. Debate sobre problemas familiares. Debate sobre problemas de pareja.
6ª	Repaso global. Tareas para casa. Entrenamiento para la generalización y la prevención de recaídas. Despedida.	Repaso global. Tareas para casa. Atención selectiva a las habilidades para afrontar el mantenimiento y extensión de los logros y la prevención de recaídas. Despedida.	Repaso global. Comentarios sobre cómo les ha ido la semana. Debate sobre el mantenimiento y extensión de los logros y la prevención de recaídas. Despedida.

Cuadro 3						
Comparación intergrupal de las variables criterio (datos estadísticos)						
VCR cuantitativas paramétricas - Anova de un factor						
Variables criterio		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrático.	F	Sig.
AAE POST	Inter-grupos	78,373	3	26,124	8,311	,000
	Intra-grupos	169,736	54	3,143		
	Total	248,109	57			
AAE 1.º SEG	Inter-grupos	52,526	3	17,509	4,141	,012
	Intra-grupos	177,586	42	4,228		
	Total	230,112	45			
AAE 2º SEG.	Inter-grupos	19,959	3	6,653	1,750	,183
	Intra-grupos	95,069	25	3,803		
	Total	115,028	28			
BDI POST	Inter-grupos	1761,093	3	587,031	5,739	,002
	Intra-grupos	5524,010	54	102,296		
	Total	7285,103	57			
CCV POST	Inter-grupos	4358,692	3	1452,897	2,333	,084
	Intra-grupos	33629,877	54	622,775		
	Total	37988,569	57			
ITC POST	Inter-grupos	10494,353	3	3498,118	3,053	,036
	Intra-grupos	61880,544	54	1145,936		
	Total	72374,897	57			
EES POST	Inter-grupos	2963,329	3	987,776	1,091	,361
	Intra-grupos	48887,774	54	905,329		
	Total	51851,103	57			
BDI 1.º SEG.	Inter-grupos	2432,375	3	810,792	4,873	,005
	Intra-grupos	6988,582	42	166,395		
	Total	9420,957	45			
CCV 1.º SEG	Inter-grupos	3348,353	3	1116,118	1,598	,204
	Intra-grupos	29340,951	42	698,594		
	Total	32689,304	45			
ITC 1.º SEG.	Inter-grupos	14348,626	3	4782,875	3,817	,017
	Intra-grupos	52622,178	42	1252,909		
	Total	66970,804	45			
EES 1.º SEG.	Inter-grupos	1948,800	3	649,600	,738	,535
	Intra-grupos	36944,939	42	879,641		
	Total	38893,739	45			
BDI 2º SEG.	Inter-grupos	1927,970	3	642,657	3,782	,023
	Intra-grupos	4248,582	25	169,943		
	Total	6176,552	28			
CCV 2º SEG.	Inter-grupos	6636,770	3	2212,257	2,637	,072
	Intra-grupos	20975,782	25	839,031		
	Total	27612,552	28			
ITC 2º SEG.	Inter-grupos	14002,450	3	4667,483	3,265	,038
	Intra-grupos	35736,309	25	1429,452		
	Total	49738,759	28			
EES 2º SEG.	Inter-grupos	1348,242	3	449,414	,748	,534
	Intra-grupos	15023,895	25	600,956		
	Total	16372,138	28			
VCR cuantitativas no par. y ordin. Prueba de Kruskal-Wallis						
Variables criterio		Chi-cuadrado	gl	Sig. asint.		
Participación en sesiones		11,877	2	,003		
Objetivos inmediatos		7,898	2	,019		
Objetivos mantenidos		7,584	2	,023		
Práctica de estrat. (Gº)		9,598	2	,008		
Práctica de estrat. (Nº)		7,067	2	,029		
Utilidad percibida para probl.		3,327	2	,189		
Otras utilidades percibidas		,051	2	,975		
Satisfacción						
Percibida		8,935	3	,030		
VCR nominales - correlación chi-cuadrado con tratamiento						
Variables criterio		Sig. asint de Chi ² Pearson				
Abandonos		,010				
Ocupación postest		,424				
Ocupación 1.º seguim.		,752				
Ocupación 2º seguim.		,317				
Especialista postest		,078				
Especialista 1.º seguim		,080				
Especialista 2º seguim.		,007				
Fármacos postest		,583				
Fármacos 1.º seguim.		,640				
Fármacos 2º seguim.		,451				
Síntomas no dep. post		,130				
Síntomas no dep. 1.º seg		,200				
Síntomas no dep. 2.º seg.		,273				
Síntomas depr. postest		,000/,070				
Síntomas depr. 1.º seg.		,024/,569				
Síntomas depr. 2º seg.		,002/,366				
Incremento activ. post		,724				
Increm. activ. 1.º seg.		,462				
Increm. activ. 2º seguim		,451				
Práctica hh. conduct.		,063				
Práctica hh. cognitiv.		,489				
Práctica resoluc. prob.		,641				
Práctica hh. sociales		,233				
Uso de apoyo social		,630				
* = diferencia estadísticamente significativa con p<0.10; ⁽¹⁾ = diferencia en el sentido de que en un momento hubiera menor BDI o mayores CCV, ITC y EES que en el anterior; VI= variable independiente; VCR= variable(s) criterio(s); BDI= Inventario de la Depresión de Beck; ITC= Inventario de la Tríada Cognitiva; AAE= media de ánimo del autoregistro de actividades y estado de ánimo; EES= Escala de Expresión Social - Parte Motora; CCV= Cuestionario de Calidad de Vida; PPC= grupo de psicoterapia cognitivo-conductual; PRP= grupo de potenciación de recursos personales; AS= grupo de apoyo social; LE= grupo de lista de espera						

Cuadro 4
Comparación entre los distintos momentos de medida de las variables criterio divididas por grupos de tratamiento (datos estadísticos)

Grupo	Variables	Signif. bilateral de pruebas t de muestras relacionadas					
		Diferencia pretest-postest ⁽¹⁾	Diferencia posttest-1.º seguim. ⁽¹⁾	Diferencia pretest-1.º seguim. ⁽¹⁾	Diferencia 1.º seguim.-2º seguim. ⁽¹⁾	Diferencia posttest-2º seguim. ⁽¹⁾	Diferencia pretest-2º seguim. ⁽¹⁾
PCC	BDI	,011*	,107	,001*	,804	,204	,000*
	ITC	,010*	,054*	,003*	,946	,234	,019*
	AAE	,000*	,935	,000*	,281	,815	,001*
	EES	,562	,001*	,002*	,118	,020*	,029*
	CCV	,052*	,008*	,000*	,061	,703	,070*
PRP	BDI	,000*	,175	,000*	,502	,403	,003*
	ITC	,005*	,746	,065*	,817	,928	,117
	AAE	,000*	,275	,001*	,448	,210	,002*
	EES	,017*	,562	,097*	,411	,361	,076*
	CCV	,000*	,238	,002*	,001	,390	,184
AS	BDI	,001*	,768	,004*	,576	1,000	,010*
	ITC	,000*	,332	,172	,634	,757	,198
	AAE	,003*	,878	,006*	,920	,477	,003*
	EES	,102	,653	,124	,172	,182	,011*
	CCV	,013*	,789	,195	,777	,540	,132
LE	BDI	,298	,420	,882	,353	,176	,407
	ITC	,402	,313	,218	,261	,287	,172
	AAE	,772	,339	,476	,518	,504	,988
	EES	,118	,952	,558	,656	,503	,871
	CCV	,957	,051*	,086*	,227	,870	,395

*= diferencia estadísticamente significativa con $p < 0.10$; ⁽¹⁾= diferencia en el sentido de que en un momento hubiera menor BDI o mayores CCV, ITC y EES que en el anterior; VI= variable independiente; VCR= variable(s) criterio(s); BDI= Inventario de la Depresión de Beck; ITC= Inventario de la Tríada Cognitiva; AAE= media de ánimo del autorregistro de actividades y estado de ánimo; EES= Escala de Expresión Social - Parte Motora; CCV= Cuestionario de Calidad de Vida; PPC= grupo de psicoterapia cognitivo-conductual; PRP= grupo de potenciación de recursos personales; AS= grupo de apoyo social; LE= grupo de lista de espera

Discusión y conclusiones

De acuerdo al objetivo inicial de analizar la eficacia, efectividad y eficiencia de las tres intervenciones experimentales, los resultados permiten afirmar que la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC), la potenciación de recursos personales (PRP) y el apoyo social (AS) son eficaces, efectivos y eficientes en la mayoría de las variables criterio (VCR) del posttest, pero sólo lo son en las VCR de los seguimientos la TCC y la PRP, y no tanto el AS. Es decir, los tres grupos experimentales obtienen resultados positivos en la disminución de síntomas depresivos y derivaciones al especialista en salud mental y en el aumento de la calidad de vida, pero sólo la TCC y la PRP logran mantener estos resultados al año de seguimiento.

Comparando los grupos entre sí, cabe concluirse que la TCC y la PRP no presentan diferencias significativas entre ellas, pero sí son más eficaces, efectivas y eficientes que el AS en la mayoría de las VCR, y éste más que la lista de espera (LE).

Es importante señalar que, dado que, después del pretest, se derivaron a especialistas de salud mental muchos más sujetos en el AS (4 personas) y en la LE (todos menos uno) que en la TCC y la PRP (en los que no se derivó ninguno), los resultados positivos de aquellos dos grupos podrían deberse, al menos en parte, a dicha derivación.

Pero hay algunas excepciones a estas conclusiones generales. En primer lugar, las diferencias relatadas no se dieron en las habilidades sociales, que, o bien, no se entrenaron lo suficiente en la TCC, o bien, no se midieron adecuadamente con la EES, o bien, su

variación depende de otros factores ajenos a la intervención. En segundo lugar, el hecho de que en el AS los sujetos lograran más objetivos inmediatos que en la TCC y la PRP puede explicarse porque los objetivos del AS (a quienes sólo se les requería participar espontáneamente en las discusiones de cada sesión) entrañaban menor exigencia que los de la TCC y la PRP (que debían practicar en la semana siguiente a cada sesión las habilidades adquiridas o potenciadas). En tercer lugar, la ocupación laboral del sujeto (activo, de baja, parado...) en el posttest y los seguimientos no difería en función de los grupos, quizá por estar influenciada por otros factores ajenos a la psicopatología (nivel socioeconómico, satisfacción y condiciones laborales, salud física...). En cuarto lugar, el consumo de psicofármacos en el posttest y los seguimientos tampoco difería en función de los grupos, lo que ha de relacionarse con el protocolo de atención primaria que ordena la prescripción invariable de los mismos durante un tiempo determinado y con la habitual resistencia de los pacientes a abandonar el tratamiento junto al cual han logrado la mejoría. Por fin, en quinto y último lugar, los grupos experimentales tampoco lograron incrementar el nivel de actividad de los sujetos más que la LE, lo cual puede explicarse por las necesidades y circunstancias personales que modulan el número de conductas que ejecutan cotidianamente.

Además de todo lo anterior, los sujetos de la TCC y la PRP, frente al AS y la LE, participaron en más sesiones, lograron mantener más los objetivos terapéuticos, abandonaron menos el estudio y, a los 6 meses de la intervención, practicaban más tanto las habilidades aprendidas o potenciadas (conductuales, cognitivas...) como la búsqueda de apoyo social.

En suma, parecería justificado el uso de grupos terapéuticos en Atención Primaria para la prevención secundaria de la depresión, es decir, para prevenir en personas con síntomas moderados depresivos el agravamiento de esos síntomas, la conformación de una psicopatología del espectro depresivo o de otro tipo, el deterioro en la calidad de vida y la satisfacción percibidas y la necesidad de acudir a recursos especializados de salud mental. Y más aún si se tiene en cuenta la reducción de costes que todo ello supone. En relación a los procedimientos, parece también justificado tanto el empleo de la TCC como de la intervención encaminada a la potenciación de las propias competencias del sujeto. Estas conclusiones suponen un apoyo de la hipótesis sobre la que se diseñaron estas intervenciones y es que el principal componente activo de TCC en la depresión es su capacidad para promocionar en el sujeto la utilización de estrategias de

enfrentamiento ya incorporadas en su repertorio básico de conducta. Es decir, la persona se vería beneficiada de un procedimiento terapéutico en el que se le estimulara a poner en funcionamiento estrategias ya adquiridas pero poco o mal utilizadas, en el que se le enseñara cómo usarlas de un modo más adaptativo en los ambientes adecuados, en los que se produciría su generalización y aprovechamiento máximos. Por el contrario, el entrenamiento de competencias nuevas para el sujeto podría no resultar tan eficaz en tanto que las sesiones en un ambiente clínico no llegasen a suplantar el contexto propio en el que tales destrezas han de hacerse funcionales. En cualquier caso, esto lleva a la necesidad de continuar investigando en esta línea y analizar más a fondo cuáles son los elementos promotores del cambio en las terapias, así como qué características de los sujetos los hacen idóneos para este tipo de intervenciones.

Referencias

- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G. y Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E.J. y Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), 119-131.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer (orig. 1979).
- Beckham, E.E., Leber, W.R., Watkins, J.T., Boyer, J.L. y Cook, J.B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 566-567.
- Benedito, M.C., Carrió, M.C., del Valle, G. y Domingo, A. (2005). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 165-176.
- Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En J. Vallejo y C. Gastó (eds.): *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Bulbena V.A., Berrios, G.E. y de Larrinoa P., P.F. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabezas, C. y Nebot, M. (1991). Prioridades en la prevención y la promoción de la salud en la Atención Primaria: perspectivas de los profesionales. *Atención Primaria*, 8(2), 99-102.
- Cohen, G.D. (2002). Promoting mental health, treating mental illness. Broadening the focus on intervention. *Geriatrics*, 57(1), 47-48.
- Coon, D.W. y Thompson, L.W. (2003). The relationship between homework compliance and treatment outcomes among older adult outpatients with mild-to-moderate depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 53-61.
- Emslie, G.J., Mayes, T.L., Lipton, R.S. y Batt, M. (2003). Predictors of response to treatment in children and adolescents with mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 435-456.
- González, S. (2004). *Prevención secundaria de la depresión en Centros de Atención Primaria*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Oviedo.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M.A. y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 13-218.
- Howard, L.M., Hoffbrand, S., Henshaw, C., Boath, L. y Bradley, E. (2003). *Antidepressant prevention of postnatal depression* (Protocol for a Cochrane Review). Chichester (Reino Unido): John Wiley and Sons, Ltd.
- Jacobson, N.S. y Hollon, S.D. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 74-80.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kataoka, S.H., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., Zaragoza, C. y Fink, A. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 311-318.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Merrill, K.A., Tolbert, V.E. y Wade, W.A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: a benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 404-409.
- Pérez A., M. y García M., J.M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez A., J.R. Fernández H., C. Fernández e I. Amigo (coords.): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom. A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guildford.
- Ruiz, M.A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the «Quality of Life Questionnaire» («Cuestionario de Calidad de Vida», C.C.V.): a generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S. y Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral, psychodynamic-interpersonal and psychodynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- Vallejo P., M.A. (1998). Depresión. En M.A. Vallejo P.: *Manual de terapia de conducta*, volumen I. Madrid: Dykinson.